



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/2213 - más allá de una ITU

M. Carrión Fernández^a, M.T. Martín Jiménez^b, I.B. González Riquelme^c, LL. Cabrera Sánchez^d, A. Hernández Costa^e, M.V. Fernández Suárez^e, A. Cayuela López^f, C. Corbalán Cárcelos^g, J. Martínez Belvis^a y E. Marín Arranz^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. Centro de Salud Espinardo. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sangonera la Verde. Murcia. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia-San Andrés. Murcia. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud la Ñora. Murcia. ^gMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcantarilla. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 37 años que acude a nuestra consulta de AP por molestias en hipogastrio de dos meses de evolución (lo atribuye a cambios dietéticos) y síndrome miccional en la última semana. No hematuria, ni vómitos. Afebril. Sin otra clínica acompañante. Fumador de un paquete/día, cefaleas tensionales (tratadas con AINES). Camionero de profesión. Diagnosticamos de probable ITU (tras tira reactiva), cursamos urocultivo y se pauta cefixima 7 días. Citamos al paciente en una semana para ver evolución. Por tema laboral no acude. 20 días después vuelve por persistencia de clínica, acompañado de dolor en FID, orina “con burbujas” e “hilos negros”. Fiebre de 38 °C. En este período ha tomado, además, fosfomicina, sin mejoría. Rehistoriamos y refiere, además, deposiciones más blandas de lo habitual, cansancio y pérdida de peso en los últimos meses, que atribuye a estrés laboral. Ante evolución tórpida y exploración, decidimos derivar a urgencias para descartar patología aguda urgente.

Exploración y pruebas complementarias: Constantes normales. Tª 38 °C. ACP: rítmico sin soplos. MVC. MMII: no edemas, pulsos (+). Exploración: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipogastrio y FID, no visceromegalias. Blumberg dudoso. Murphy negativo. PPRB (-). Bioquímica normal. PCR 8,5 mg/dl. Hemograma: leucocitos $13,92 \times 10^3/\text{uL}$, neutrófilos $11,73 \times 10^3/\text{uL}$ (84,3%). Sistemático de orina: leucocitos +++, Hb +++++, nitritos -. Sedimento orina: 30-50 hematíes/campo, piuria, abundantes gérmenes. Ecografía abdominal: cambios inflamatorios en íleon terminal con extensión a sigma y pared posterior vesical con probables adherencias y/o trayectos fistulosos entero-vesicales.

Juicio clínico: Fístula enterovesical en paciente con probable EII (EC).

Diagnóstico diferencial: Apendicitis, ITU complicada, prostatitis, neoplasias, enteritis infecciosas, enteropatía por AINES.

Comentario final: Este caso pone en evidencia como, síntomas que acostumbramos a ver en nuestro día a día y adjudicamos a un diagnóstico más o menos claro a priori, pueden ser la imagen de presentación de otras entidades, a veces más complejas y con necesidad de actuación urgente. De ahí la importancia de seguimiento evolutivo de nuestros pacientes así como una detallada anamnesis.

Bibliografía

1. Panés Díaz J. Enfermedad inflamatoria del intestino. En: Rozman C, dir. Farreras-Rozman. Medicina Interna, 16ª ed. Madrid: Elsevier, 2010:210-30.

Palabras clave: Abdominal. Fístula. Enfermedad inflamatoria intestinal.